

THÈSE
POUR
le Doctorat en Médecine

61

NEUF CAS D'ÉRUPTIONS
SCARLATINIFORMES, SECONDAIRES, TARDIVES

CHEZ DES ENFANTS CONVALESCENTS DE SCARLATINE

PAR

HENRI ROUËCHE

Interne de l'Assistance Publique de Paris

Médaille de Bronze des Hôpitaux

Médaille d'Honneur des Epidémies

né le 15 août 1884, à Belfort (Haut-Rhin)

Président : M. le Professeur LETULLE

PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 42

61

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE
POUR
le Doctorat en Médecine

NEUF CAS D'ÉRUPTIONS

SCARLATINIFORMES, SECONDAIRES, TARDIVES

CHEZ DES ENFANTS CONVALESCENTS DE SCARLATINE

PAR

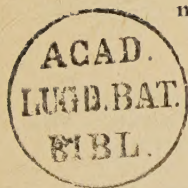
HENRI ROUËCHE

Interne de l'Assistance Publique de Paris

Médaille de Bronze des Hôpitaux

Médaille d'Honneur des Epidémies

né le 15 août 1884, à Belfort (Haut-Rhin)



Président : M. le Professeur LETULLE

PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 42

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERR	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS

témoignage de respect et d'affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.*

A MON MAÎTRE

M. le Docteur RENÉ MARIE

Médecin des Hôpitaux de Paris

Médecin en chef de l'Hospice de Brévannes

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Docteur FAISANS. — Hôtel-Dieu, 1904.

Professeur HARTMANN. — Lariboisière, 1904-05.

Professeur THOINOT. — Saint-Antoine, 1905.

Docteur DUFOUR. — Saint-Antoine, 1905.

(Hôpital temporaire du bastion 27)

EXTERNAT

Docteur BEURNIER. — Hôpital Saint-Louis, 1906-1907.

Docteur DUFOUR — Saint-Louis, Service d'Enfants, Mai-Décembre, 1907.

Docteur RAVAUT. — Hôpital Andral, Décembre 1907-Mai 1908.

Docteur BRUHL. —

Professeur agrégé CLAUDE — Hôpital Andral. Mai 1908-1909.

Docteur SAVARIAUD. — Hôpital Trousseau 1909-1910.

INTERNAT BRÉVANNES 1910 et 1911

M. le Docteur René MARIE.

A MM. les Docteurs CLÉMENT, CARTON, FERRAND.

Les Docteurs LAIGNEL-LAVASTINE, LEGÈNE, DUJARIER, DEGLOS et FOIX.

Les Docteurs DOLÉRIS et CATHALA.

*Tous ont droit à nos remerciements sincères
pour leur bonté envers nous et pour l'éducation
médicale que nous tenons d'eux. Il en est plu-
sieurs envers lesquels nous avons une dette
particulière de reconnaissance, car ils nous
ont souvent traité moins en élève qu'en ami.*

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT DE BRÉVANNES

A MES AMIS

Au Docteur J. BROCA

*qui nous a permis dans sa vaste
clientèle de faire une sage pra-
tique des plus profitables.*

Pendant nos deux années d'Internat à l'Hospice de Brévannes, il nous a été permis d'observer, au pavillon Félix-Brun, chez des enfants convalescents de scarlatine, un certain nombre d'éruptions secondaires, scarlatiniformes avec fièvre, symptômes bucco-pharyngés qui nous ont fait penser à une rechute ou à une récédive de la maladie. Nous avons recherché les cas identiques qui auraient pu se produire depuis l'ouverture des pavillons d'Enfants à l'Hospice de Brévannes. Les annotations journalières sur les feuilles de température de notre chef, le Docteur Clément, médecin du service, nous ont permis de retrouver facilement l'histoire complète de tous les malades.

Notre observation porte sur les épidémies infantiles de scarlatine de 1908 à 1911. Les enfants nous ont été envoyés du vingtième au cinquantième jour, quelquefois plus tardivement. Au Pavillon Théophile-Roussel, ouvert le premier, notre observation porte sur 815 cas du 9 juin 1908 au 23 octobre 1911. Le Pavillon Barthez,

où sont actuellement les coquelucheux, a eu 636 scarlatineux du 24 mai 1909 au 23 octobre 1910. Le Pavillon Félix-Brun, le seul actuellement affecté aux scarlatineux, a eu 817 malades de 1909 à 1911.

Depuis mai 1910 à octobre 1911, nous avons personnellement pu examiner 510 enfants convalescents de scarlatine. C'est donc un total de 2.268 scarlatineux hospitalisés dans nos services, dans un espace de trois ans environ.

Nous avons pu recueillir neuf observations d'éruptions secondaires qui feront le sujet de cette thèse et à propos desquelles nous discuterons le diagnostic de rechutes, de récidives d'érythèmes infectieux tardifs ou même simplement d'érythèmes scarlatiniformes.

Qu'il nous soit permis de remercier à cette place tous nos maîtres, médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Paris.

Parmi ceux à qui doit aller toute notre gratitude, nous n'aurions garde d'oublier M. le Docteur René Marie, médecin en chef de l'Hospice de Brévannes, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, et qui n'a pas cessé de nous donner des preuves de bienveillance et d'intérêt; notre chef et ami, M. le Dr Clément, médecin adjoint du service d'Enfants, qui nous avait encouragé à entreprendre ce travail et qui nous a aidé de ses précieux conseils.

Étiologie

Les éruptions scarlatiniformes pendant la convalescence de la scarlatine sont assez rares, et tous les cas observés jusqu'ici ont été considérés soit comme des rechutes (thèse de Henry 1904 et de Lettry 1907), soit comme des récidives, soit comme des érythèmes infectieux faisant partie d'un syndrome infectieux tardif sur lequel Roger a bien attiré l'attention dans la thèse de Girard (Paris, 1900).

Le travail de Jeanselme (*Arch. générales de médecine*, juin-juillet 1892) est le plus complet. S'appuyant sur une centaine d'observations, presque toutes recueillies à l'étranger, Jeanselme précise ce qu'il faut entendre par rechute, récidive, et il donne une étude approfondie et générale des cas observés.

Les éruptions secondaires sont très rares en France.

Marfan et Apert, en 1895, à l'hôpital des Enfants-Malades, observèrent 256 scarlatines sans rechute ni récidive. Richardière et Kauffmann, en 1903, consta-

tèrent 5 cas sur 322 cas de scarlatine, soit une proportion de 1,3 0/0 des cas.

Girard, dans sa thèse, signale 28 éruptions secondaires pendant la convalescence de la scarlatine et son observation porta sur 1.770 cas observés à l'hôpital d'Aubervilliers, de 1896 à 1899.

La statistique la plus récente est celle de M. Gouget, qui, chez 858 enfants hospitalisés en 1908 à l'hôpital Claude-Bernard, pour scarlatine, n'a jamais observé d'éruptions secondaires.

Sur les 2.268 enfants scarlatineux hospitalisés dans nos services de Brévannes, neuf cas seulement ont pu être observés et ces cas se rapportent à des scarlatines des deux dernières années 1910 et 1911.

Il y a là, semble-t-il, une notion d'épidémicité qui ne peut être mise en doute. La scarlatine a été très violente à Paris en 1907 et 1908. Les pavillons spéciaux des hôpitaux étaient remplis d'enfants atteints de cette maladie. Les hôpitaux Andral et Bichat avaient dû être évacués par les malades ordinaires, les lits devant être affectés à des scarlatineux. Tous les pavillons des enfants, à Brévannes, ont dû être à cette époque uniquement consacrés à ces malades et c'est ce qui explique le grand nombre de cas que nous avons observés. Mais si, pendant ces deux années, l'épidémie fut violente, on n'a cependant pas signalé de rechutes, de récidives ou d'érythèmes infectieux. Chez 1.758 malades hospitalisés à Brévannes les deux premières années, on ne constata pas d'éruptions secondaires. En 1910 et 1911, nous avons pu personnellement

ment examiner 510 enfants atteints de scarlatine et c'est chez ces derniers que neuf cas d'éruptions récidivantes ont pu être observés, soit une proportion de 1,4 0/0 des cas. Girard constata aussi qu'il y a une prédisposition marquée pour certaines années : 19 cas sur 28 ont été vus par lui en 1896, 14 cas en 1899, tandis qu'en 1897 et 1898, il n'en avait observé que 7 cas.

Il semblerait, par conséquent, d'après ces chiffres suffisamment établis, que dans certaines épidémies seulement on a pu constater ces éruptions, et c'est ordinairement pendant des épidémies peu importantes et bénignes.

A côté de la notion d'épidémicité, il faut signaler la *question de milieu*. On a toujours remarqué ces éruptions dans les agglomérations d'un grand nombre de scarlatineux. Wurtz insiste sur cette particularité. Antony relate une épidémie à rechute dans une caserne. Richardière et Kauffmann, Roger et Girard signalent leur cas dans les hôpitaux; Thomas de Leipzig, Jeanselme, dans les familles nombreuses. Il semblerait donc que la réinfection fut probable dans tous ces cas et la notion des porteurs de bacilles, si clairement exposée à la tribune de l'Académie de Médecine pour la fièvre typhoïde, est applicable à la scarlatine. Il y aurait des porteurs de virus scarlatineux, comme il y a des porteurs du bacille d'Eberth. Dans le service des scarlatineux, au pavillon Félix-Brun, et dans le service des coquelucheux à Barthez, à l'occasion d'une petite épidémie intérieure de scarlatine, nous avons pu du reste

remarquer que les scarlatines secondaires ou primitives étaient toujours précédées d'angines plus ou moins violentes. Trente cas d'angines banales ont été observés par nous dans un pavillon où 510 scarlatineux ont été hospitalisés.

La contagion nosocomiale est très fréquente et Apert, en 1896, à l'Hôpital des Enfants-Malades, a signalé 18 cas d'angines secondaires.

Au pavillon F.-Brun (scarlatines), le n° 55 a, le 18 septembre 1911, une angine pultacée avec température à 39° pendant deux jours. Le 24 septembre, son voisin de lit, le n° 56, fait une éruption scarlatiniforme très nette (H... Louise, observation I).

L'enfant D... Pierre (observation III) avait été isolé les quinze premiers jours de son séjour à Brévannes. Le 12 septembre, il est placé en salle commune. Huit jours après, il présentait une angine avec éruption scarlatiniforme.

Au pavillon Barthez (coqueluches), nous avons observé cette année huit cas de scarlatines. Il nous a été impossible de trouver comment avait pu se produire la contagion. Cependant, comme chez les malades précédents, l'enfant atteint de scarlatine avait eu comme voisin de lit ou de chambre un petit malade angineux quelques jours auparavant. Le n° 6 a eu une angine le 20 septembre 1911. Le n° 9 a une scarlatine le 24 septembre.

Chez le n° 24, on constate une angine blanche le 12 septembre. Le malade est immédiatement isolé. Au même lit, un petit malade présente une angine rouge

le 19 septembre. Le 21 septembre, le n° 22, voisin du précédent, avait une scarlatine.

Dans deux autres cas, nous avons pu faire les mêmes remarques et toujours, à une date récente (deux à dix jours) de la première manifestation pharyngée.

Ces derniers faits semblent venir à l'appui de la théorie de certains auteurs, de Gallois en particulier, qui admettent que toute angine, manifestation simplement bucco-pharyngée chez certains malades, peut donner lieu à une scarlatine chez d'autres.

Toutes les observations que nous avons rapportées ont trait à des enfants de 5 à 11 ans, avec prédominance vers l'âge de 5 ans. Les nombreux cas relatés dans le travail de Jeanselme portent sur des enfants de 21 mois à 14 ans. Le très jeune âge semble y prédisposer davantage, remarquent Richardière et Kauffmann.

Chez l'adulte, les cas sont plus rares et se présentent avec moins de pureté que chez l'enfant.

Le sexe ne semble avoir aucune importance. Comme la scarlatine elle-même, les éruptions secondaires sont plus fréquentes en automne et au printemps. Nos cas ont été observés en mars, juin et surtout pendant les mois de septembre et octobre.

Ces éruptions apparaissent ordinairement, pour Jeanselme, au cours de la troisième ou quatrième semaine, parfois dans les quinze premiers jours, quelquefois plus tardivement, pendant la cinquième ou sixième semaine. La période d'apyrexie intercalaire

n'a jamais été notée, et, comme le fait remarquer Jean-selme, cette notion a une certaine importance.

Les observations de Girard portent sur des cas survenus du onzième au trente-troisième jour après l'éruption initiale, avec prédominance du dix-septième au vingt-cinquième jour.

Lettry a vu deux cas au vingt-huitième et au trente-cinquième jour de la maladie. Henry a examiné une seconde éruption un mois après la première atteinte.

Les observations de Barthez et Rillet, d'Hutinel et Bergé, de Comby, de Legendre, de Rendu et de Richardièrre portent sur des cas survenus du onzième au trente-sixième jour.

Les éruptions les plus tardives de la convalescence sont celles observées par Lewin (6 semaines après la scarlatine primitive), Elkington (8 semaines). Nos cas personnels sont survenus :

Observation	1	au	95°	jour	(3°	mois)
—	2	—	52 ^a	jour	(2°	mois)
—	3	—	93 ^a	jour	(3°	mois)
—	4	—	48 ^a	jour	(2°	mois)
—	5	—	48 ^a	jour	(2°	mois)
—	6	—	91°	jour	(3°	mois)
—	7	—	103°	jour	(4°	mois)
—	8	—	25°	jour	(1 ^{er}	mois)
—	9	—	88°	jour	(3°	mois)

Ce sont donc des éruptions apparues tardivement dans le décours des scarlatines complètement ou incom-

plètement guéries. La période d'apyrexie intercalaire a pu être notée dans tous les cas et cela grâce à l'examen des feuilles de température des hôpitaux d'origine où on a bien voulu nous les confier.

Observation 1	— 63 jours
— 2	— 31 jours
— 3	— 66 jours
— 4	— 27 jours
— 5	— 43 jours
— 6	— 45 jours
— 7	— 69 jours
— 8	— 21 jours
— 9	— 33 jours

La moyenne de l'apyrexie intercalaire a été de 35 à 40 jours.

Presque chez tous nos malades, la scarlatine primitive, a été bénigne (observations 1, 2, 3, 4, 5, 7 et 8).

Dans un cas (obs. 6), la scarlatine fut suivie d'ictère et de phénomènes infectieux assez graves. La scarlatine primitive de Cl. Marguerite (obs. 9) est très intéressante.

La petite malade fit une première éruption nettement scarlatineuse du 2 au 5 avril 1911. On constata une phase d'apyrexie du 5 au 24 avril; puis, le 28 avril, nouvelle éruption scarlatineuse avec phénomènes bucco-pharyngés et symptômes typhiques à la suite. Le séro-diagnostic fut négatif.

Symptomatologie

La scarlatine et ses éruptions secondaires forment, à peu de choses près, un même tableau clinique.

Nous insisterons surtout, en ce chapitre, sur les particularités qui peuvent servir à distinguer les rechutes ou les récidives, en un mot, les scarlatines secondaires, non pas tant de la scarlatine primitive elle-même, car le tableau est souvent identique, que des érythèmes infectieux ou des exanthèmes scarlatiniformes avec lesquels on les confond souvent.

Aussi avons-nous distingué dans nos observations deux séries.

Dans la première série, l'éruption est un symptôme pour ainsi dire accessoire. Les phénomènes prodromiques, l'angine, l'exanthème bucco-pharyngé, la fièvre, constituent un tableau clinique tel, qu'à première vue, on diagnostique une scarlatine.

Dans une deuxième série (obs. 7, 8 et 9), l'érythème scarlatiniforme constitue le principal symptôme, la

fièvre est modérée ou nulle, les symptômes généraux existent bénins ou sont totalement absents.

Des phénomènes généraux annoncent le début de la reprise ou de la nouvelle atteinte de la maladie. Les vomissements, l'état saburral, la céphalée, sont remarqués fréquemment. La fièvre est constante dès le premier jour. L'abattement était assez prononcé chez quatre de nos petits malades. D'autres fois, au contraire, le malade fut très agité pendant la nuit (obs. 6). Le vomissement fut fréquent, soit vomissement unique (2 cas), soit vomissements répétés (4 cas). Une fois seulement, on constata un état gastro-intestinal très marqué. La fièvre exista dans tous les cas. Au début, elle oscilla vers 39 degrés. Deux fois, la température atteint 40 degrés.

Chez deux enfants (obs. 8 et 9), il y eut absence de fièvre et de phénomènes prodromiques.

La durée de la fièvre dans la scarlatine normale est, pour Hensch, de douze jours environ. Pour Roger, la durée est plus courte. Dans les sept observations, où on constata de la fièvre, la température demeura au-dessus de la normale :

Deux jours	(observations 3 et 7);
Trois —	(observations 4 et 5);
Huit —	(observation 2);
Neuf —	(observation 6);
Onze —	(observation 1).

Nous avons fait, comme Hensch, la remarque que,

presque constamment, le même maximum avait été atteint par la première éruption.

La température baissa ordinairement d'une façon assez rapide, le plus souvent en lysis, avec oscillation vers 38° pendant 4 à 6 jours. Quelquefois, on constate une élévation « en clocher » avec brusque descente thermique.

Dans cinq cas (observations 1, 2, 3, 6, 7), la courbe de la température fut régulière. Dans deux cas (obs. 4 et 5), il y eut, le jour le l'éruption, une brusque élévation thermique à 40°, avec, le lendemain, une température matinale à 38° et nouvelle ascension à 39°5 ou 40° le soir du second jour. C'est le type des températures oscillantes.

L'angine fut constatée dans six cas (obs. 1 à 6) ; elle ne présenta aucun caractère spécial. Rougeur très vive des amygdales, de la luette, des piliers de la voûte palatine où elle s'atténue, telle est la forme sous laquelle elle s'est présentée le plus souvent. Trois fois, on constata un exsudat pultacé. La dysphagie fut assez constante. On a souvent constaté de l'adénopathie cervicale, mais les enfants soignés dans nos hôpitaux sont habituellement des scrofulo-tuberculeux et la micropolyadénopathie est chez eux fréquente.

Les phénomènes bucco-pharyngés étaient très nets dans six observations (obs. 1 à 6). Ils durèrent de 4 à 12 jours.

La langue, dans la scarlatine normale, a une importance diagnostique considérable. Dans nos six premières observations, nous avons pu constater l'aspect

vernissé avec saillie des papilles et desquamation de la langue qui prend l'aspect framboisé bien décrit par Trousseau. C'est un signe sur lequel M. Lesage a insisté tout dernièrement d'une façon particulière et nous avons recherché ce signe de parti pris, car nous croyons, comme lui, que le diagnostic de la scarlatine se fait par l'étude du « cycle évolutif » de la gorge et de la langue; l'éruption pouvant être considérée comme une manifestation toxique « à la manière d'une éruption sérique ou d'une urticaire ». Nous avons pu constater au début, le premier ou le second jour de l'élévation thermique, un enduit blanchâtre, pultacé, s'étendant sur le dos de la langue, dont les bords formaient une sorte de liséré rouge. Les deuxième, troisième et quatrième jours, la surface blanche diminue d'intensité; le liséré rouge congestif gagne du terrain et s'élargit. L'organe présente alors « deux V, l'un rouge qui circonscrit le second blanc ». la langue dépouillée, « langue framboisée », qui apparaît. Le cycle évolutif de la langue a duré 4 à 5 jours; dans le cas observé le dernier (obs. 1), la langue était encore nettement rouge, framboisée le douzième jour.

Ce qui fait, à notre avis, la différence entre les vraies rechutes et récidives de la scarlatine, et les fausses scarlatines (érythèmes infectieux, exanthèmes), c'est précisément cet état particulier de la langue qui ne put être constaté dans nos trois dernières observations (7,8,9).

L'éruption a débuté généralement par le thorax, le

ventre, les aines, les membres inférieurs. Le signe du pli du coude, signalé récemment par MM. Pastia et Marbé comme un signe précoce, a pu dans un cas (obs. 5) nous apporter un précieux appui pour le diagnostic. Nous avons, en effet, constaté une éruption exanthématique continue, linéaire, très intense, localisée au niveau des plis de flexion du coude. Cette éruption, d'abord rosée, puis lie-de-vin, a précédé de vingt-quatre heures l'éruption générale.

Dans tous nos cas, l'éruption fut généralisée, très marquée, surtout à l'abdomen, aux aines, au thorax, aux jarrets. Elle atteint rarement la face. La raie scarlatineuse signalée par Borsieri fut constatée dans tous les cas. L'éruption fut toujours scarlatiniforme, constituée par un « pointillé rouge formé de petites taches qui donnent à la peau un aspect moucheté », la rougeur s'étalant d'une façon uniforme envahissant toute la peau.

Dans deux cas, l'éruption fut particulièrement violente, la peau étant rouge écarlate (rouge astacoïde). Dans deux autres cas, on constata une éruption plutôt rosée.

L'éruption dura habituellement de 2 à 6 jours :

2 jours	—	observations	3, 4, 8, 9;
3 jours	—	—	5;
5 jours	—	—	1 et 2;
—	6 jours	—	— 6.

La desquamation a toujours été précoce, elle fut

observée dans 7 cas (observations 1 à 7). Dans deux cas (obs. 8 et 9), il n'y eut pas de desquamation, elle est apparue trois jours (obs. 3), quatre jours (obs. 8), cinq jours (obs. 1 et 2), six jours (obs. 4 et 6), huit jours (obs. 5) après le début de l'éruption. Cette desquamation n'a pas présenté de caractères très spéciaux; elle fut plutôt furfuracée, quelquefois cratériforme, que vraiment squameuse. La desquamation classique « en placards », en « doigts de gant » fut plutôt rare. Cette desquamation a persisté vingt jours dans un cas, un mois dans quatre cas.

La durée de la desquamation n'a, du reste, pas l'importance que les auteurs classiques ont cru devoir lui donner. C'est cependant encore une habitude courante dans les Hôpitaux de garder les enfants jusqu'à la disparition complète de la desquamation, et on sera, certes, étonné de voir nos petits malades prolonger leur séjour deux, trois mois à l'Hôpital. Nous vivons encore avec la conception officielle que le danger, au point de vue de la contagion, c'est la desquamation, tandis que nous savons actuellement, depuis les travaux de Lemoine, Zielgien, Lesage et Gallois, que le malade cesse d'être contagieux dès que sa gorge est guérie, c'est-à-dire ses amygdales et son rhino-pharynx, cette période de contagiosité étant variable avec chaque sujet. Nous avons vu des enfants desquamant encore abondamment 75 jours après leur éruption initiale; d'autres desquamaient encore à la plante des pieds trois mois après (obs. 1 et 6), et ces enfants avaient été baignés fréquemment. Si les squasmes

étaient contagieuses, comme on l'a prétendu pendant longtemps, il faudrait admettre que le convalescent de scarlatine (surtout celui qui, soigné en ville, ne reçoit pas toujours tous les soins d'hygiène nécessaires) fût un porteur de scarlatine pendant un grand laps de temps et qu'il pût réinfecter un nombre considérable d'enfants!

Les complications ne furent pas fréquentes dans nos observations. Les scarlatines primitives avaient été bénignes. Les éruptions secondaires ne s'accompagnèrent pas de complications. On constata presque uniquement, et d'ailleurs assez fréquemment, une albuminurie passagère (obs. 1, 2, 4, 5 et 6). Cette albuminurie fut habituellement légère et disparut totalement avec la poussée fébrile. Elle ne réapparut jamais dans la convalescence de cette seconde éruption. Dans un cas (obs. 6), une otite douloureuse avec otorrhée fétide compliqua le tableau clinique. Le même malade fit, à l'occasion de cette éruption, une nouvelle poussée d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le début de ces éruptions se fit ordinairement du 50^e au 70^e jour qui suivit l'apparition de la première éruption, en pleine convalescence, ou plutôt en pleine guérison.

Dans un cas, elle fut précoce (25^e jour).

La durée totale de ces phénomènes secondaires fut de cinq jours environ, durée un peu moindre que celle de la scarlatine normale. L'évolution se fit toujours vers la guérison.

Diagnostic

En présence de certains de nos malades, notre idée première fut qu'ils n'avaient pas eu la scarlatine. Le point important, en effet, dans ces observations, est de démontrer que la première atteinte ou la première éruption avait fait partie d'un complexe symptomatique net : la scarlatine. Cette scarlatine antérieure fut établie par :

- 1° l'histoire de la maladie;
- 2° la desquamation;
- 3° la notion de contagion.

I. — *L'histoire de la maladie* a pu prouver que les enfants atteints d'éruption secondaire avaient présenté un tableau clinique, tel que la scarlatine primitive ne pouvait être mise en doute. Dans tous nos cas, nous avons tenu à mettre en tête de l'observation l'histoire de la scarlatine primitive soignée à l'Hôpital d'origine. Grâce à l'obligeance des chefs de service ou de leurs internes, nous avons pu consulter les feuilles d'observations et de température. Il n'y pu y avoir de

doute sur la première atteinte; beaucoup de chefs ayant noté les signes de l'éruption, les phénomènes généraux et même (comme à l'hôpital Herold, dans le service de M. Lesage) tous les caractères de la langue jour par jour.

II. — *La desquamation* après la première atteinte exista dans tous les cas. Quelques-uns desquamaient à leur entrée dans le service; d'autres avaient desquamé pendant leur séjour plus ou moins prolongé à l'hôpital d'origine. Quelques-uns même ont fait toute leur desquamation depuis leur entrée à Brévannes jusqu'à la date de leur deuxième éruption.

III. — *La notion de contagion* a une grande importance. Comment admettre que ces malades qui étaient restés de 20 à 75 jours en contact avec d'autres scarlatineux n'aient pas eu auparavant la scarlatine et n'aient été contaminés qu'après un séjour assez prolongé dans le second service où ils étaient hospitalisés? C'est, en effet, au bout de 7, 8, 12, 19, 20, 30, 68, 70 jours que la deuxième éruption est apparue. Dès le second jour, les nouveaux venus étaient placés dans une salle commune où ils étaient en contact avec d'autres convalescents qui desquamaient encore, et qui souvent présentaient des angines banales pour lesquelles ils n'étaient pas isolés, ce qui explique peut-être le mode de contagiosité. Pour toutes ces raisons, nous croyons la scarlatine primitive certaine dans tous nos cas, et, comme le dit Jeanselme, n'est-ce pas une preuve que « le séjour du malade dans un milieu où

la scarlatine régnait à l'époque où l'exanthème qu'il s'agit de diagnostiquer est apparu »?

Comment pouvons-nous interpréter l'apparition de l'éruption secondaire? Nous avons éliminé presque immédiatement les érythèmes médicamenteux (belladone, quinine, antipyrine, iode) qui ne s'accompagnent pas de phénomènes fébriles et pour lesquels la notion de commémoratifs est très importante.

A la suite de la scarlatine, on peut voir survenir des fièvres éruptives qui s'y associent : rougeole, rubeole. On évitera facilement cette erreur par l'analyse des symptômes et la notion d'épidémie régnante. Les rashes scarlatiniformes ont été observés fréquemment (surtout dans ces dernières années) au début de certaines varicelles et rougeoles. Ils s'accompagnent de symptômes spéciaux du début de la maladie causale; le rash laisse place à une éruption secondaire qui ne laissera plus de doute sur la nature de l'affection.

Les érythèmes scarlatiniformes à la suite d'injection de sérum de Roux sont très fréquents. Robert (thèse de Paris 1911) a tout dernièrement attiré l'attention sur ces éruptions. Elles sont ordinairement polymorphes, presque toujours précédées ou accompagnées d'urticaire, sont la plupart du temps apyrétiques et plus rarement suivies de desquamation. Dans quelques cas cependant, la fièvre, l'albuminurie, des acthralgies peuvent compliquer le tableau clinique. Plusieurs de nos malades ont reçu du sérum au début de leur première éruption, l'angine ayant paru suspecte. Une ou

deux fois on a pu constater des éruptions sériques; Quelques-uns ont été injectés pendant leur seconde éruption qui était déjà apparue et ne pouvait être mise sur le compte des manifestations sériques.

L'érythème scarlatiniforme desquamatif, dermatite exfoliatrice récidivante, se rencontre surtout chez l'adulte. Une rougeur scarlatiniforme envahit la peau. Il n'y a pas de fièvre, pas d'angine, pas d'adénopathie, la desquamation est contemporaine de l'éruption et est très intense. Dans quelques cas cependant, il y a de la température et des localisations bucco-pharyngées, mais ces phénomènes sont rares. Brocq et Besnier ont particulièrement insisté sur les érythèmes récidivants et la desquamation contemporaine de l'éruption.

Ces diagnostics étant éliminés, nous avons pensé à des rechutes ou à des récidives de la scarlatine. N'étions-nous pas en présence d'érythèmes infectieux tardifs, tels ceux décrits dans la thèse de Girard, ou d'exanthèmes scarlatiniformes simples? Ces diagnostics méritaient d'être examinés.

Jeanselme, dans son mémoire si complet, a précisé les termes : rechutes et récidives. La rechute est « la reproduction après établissement apparent de la convalescence, de la totalité ou d'une partie des symptômes qui ont caractérisé la première attaque ».

La récidive est une nouvelle scarlatine, une deuxième atteinte séparée de la première par la guérison complète et définitive. Ces définitions peuvent cependant prêter à critique, car il faut se demander où commence la rechute et où finit la récidive. Gerhardt, dans une

définition compliquée, a essayé de résoudre ce point litigieux, en disant que les vraies rechutes apparaissent dans un espace de temps « qui, calculé depuis la première atteinte, n'excède pas sensiblement la durée de l'incubation plus celle de la maladie ». Mais cet auteur considère l'incubation et les diverses phases des maladies infectieuses comme ayant une durée à peu près invariable, ce qui est en contradiction avec les faits.

C'est en effet, la plupart du temps, arbitrairement qu'une observation est classée comme rechute ou récidive. Les rechutes se voient ordinairement au cours de la troisième ou quatrième semaine; les récidives ordinairement de la dixième semaine au sixième mois ou plus tardivement, un an, sept, quinze ans après la première atteinte.

Les observations de May, d'Elkington, de Landeutte, de Wolberg peuvent être classées aussi bien dans les rechutes que dans les récidives, l'intervalle qui sépare les deux poussées varie de dix semaines à trois mois. Nos cas personnels se rapprochent de ceux-ci. Ils ont été observés tardivement, de 25 jours à 4 mois, avec prédominance vers le troisième mois. Ce serait donc ou des rechutes tardives ou des récidives précoces. L'éruption secondaire survenant chez des malades desquamant encore de leur première atteinte (obs. 1 et 3) pourrait peut-être être considérée comme rechute tardive. Chez les autres malades, la desquamation avait disparu.

Dans six de nos cas, le diagnostic de rechute ou de

récidive de la scarlatine nous a semblé pouvoir être posé pour les raisons suivantes :

1° Les phénomènes prodromiques consistant en céphalée, vomissements, état saburral avec élévation brusque de la température, furent constatés dans tous les cas.

2° L'angine ne manqua jamais, elle fut rouge ou pul-tacée. L'énauthème bucco-pharyngé (voile du palais, luette, piliers) fut constant. Dans toutes les observations, on nota le « *cycle évolutif de la langue et de la gorge* ». Quelquefois très courte, cette évolution dura dans certains cas plus de quinze jours.

3° L'éruption fut nettement scarlatineuse avec le même début que dans la scarlatine, les mêmes caractères, la même recrudescence de la température au moment où l'éruption apparaissait.

4° La courbe thermique est en tous points comparable à celle de la scarlatine.

5° Les phénomènes généraux accompagnant l'éruption furent identiques : céphalée, soit vive, agitation ou abattement.

6° Les urines furent souvent albumineuses.

7° La desquamation était celle d'une scarlatine habituelle ; débutant dans les mêmes régions, présentant les mêmes caractères morphologiques, elle eut la même durée.

Nous pouvons donc prononcer le mot de récidives précoces pour certains de ces cas, parce que nous sommes assurés de l'existence d'une première atteinte de scarlatine et parce que la réinfection qui s'est pro-

duite sous nos yeux avait elle-même présenté tous les symptômes classiques d'une scarlatine.

Malgré les observations assez nombreuses résumées dans le travail de Jeanselme, malgré la vaste compilation de Kœrner et Trojanowski et les thèses plus récentes de Henry et Lettry, qui tous signalent des cas indubitables de rechutes ou de récidives, il faut se montrer circonspect pour conclure à une nouvelle scarlatine. On devra, en effet, toujours penser aux érythèmes scarlatiniformes infectieux tardifs qui copient assez fidèlement la scarlatine pour que l'évolution permette seule de redresser le diagnostic. Ces érythèmes infectieux sont très fréquents. Le professeur Hutinel les a signalés dans la convalescence de la plupart des maladies infectieuses. Rendu, Roger et Beclère soutinrent en 1896, à la Société médicale des Hôpitaux, que les rechutes ou les récidives de la scarlatine n'étaient que des éruptions secondaires d'ordre infectieux. Cette manière de voir fut vivement combattue par Comby, Legendre et Lemoine. Dans la thèse de Girard, Roger interprète les éruptions secondaires de la convalescence de la scarlatine comme faisant partie d'un syndrome infectieux tardif, se caractérisant par une poussée fébrile, des arthropathies, un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques. Jeanselme pense qu'il est possible de relever des différences de détail entre les rechutes, les récidives et les érythèmes infectieux. Dans la scarlatine, les symptômes se succèdent ordinairement dans le même ordre et avec la même intensité. Les érythèmes infectieux s'accor-

pagnent plus fréquemment d'otites, de conjonctivites, d'adéno-phlegmons, de pleurésies purulentes, d'endocardites, d'abcès cutanés.

La scarlatine a pour elle la langue et la gorge. Dans l'érythème infectieux, les localisations bucco-pharyngées sont plus rares, l'angine plus irrégulière, l'exsudat moins souvent opalin, l'engorgement ganglionnaire est plus fréquent, la température est plus élevée, les écarts dans les oscillations thermiques sont plus prononcés, les récidives plus fréquentes.

Deux de nos cas pourraient être considérés comme des érythèmes infectieux (observations 6 et 7).

Chez le malade Pl.. Henri (observ. 6), les phénomènes prodromiques furent violents. Il se déclara une otite, le malade se plaignit des jointures, l'albuminurie fut abondante et ce tableau clinique s'accompagna d'un réveil de son adénopathie trachéo-bronchique, se manifestant par des phénomènes bronchitiques. Les phénomènes bucco-pharyngés furent très nets et c'est pour cette raison que nous assimilons ce cas aux récidives de la scarlatine.

La scarlatine n'est-elle pas, en effet, capable de donner lieu à toutes ces complications, et pourquoi, nous semble-t-il, donner un nom différent à un même tableau clinique, quand seules quelques manifestations morbides viennent le compliquer. Cette différenciation ne nous paraît pas avoir, dans de nombreux cas, l'importance qu'on a cru devoir lui attribuer, surtout si l'on admet que le streptocoque est l'agent causal de la scarlatine (A. Bergé).

La température se maintient entre 37°8 et 38° pendant 3 à 4 jours.

Le 29 juin. — L'érythème a disparu. Les amygdales sont toujours grosses et rouges. Le ventre est dur; albuminurie légère. On commence l'alimentation. Le 1^{er} juillet, on constate une légère desquamation qui s'accroît de jour en jour.

Le 10 juillet. — L'enfant desquame encore.

Il est repris par sa mère le 27 juillet 1911. La desquamation persistait encore, un mois après, un nouvel érythème.

OBSERVATION 6

Pl... HENRI, 5 ans.

Entré le 14 janvier 1911, venant d'Hérolde, au 33^e jour de sa maladie.

Renseignements obtenus à Hérolde (dans le service du docteur Lesage) :

A fait une scarlatine à forme grave. Oscillations de la température pendant 8 jours entre 40 et 38°5. Pas d'albumine. On n'a pas fait de sérum antidiphthérique. Le malade a fait un ictère en même temps que son éruption très réellement scarlatineuse. Période d'apyrexie pendant 15 jours.

A son entrée dans le service. — L'enfant desquamait très peu (plante des pieds, paume des mains); les téguments sont très pâles et la desquamation, peu abondante, déjà apparaît moins nettement. Pendant un mois, la température reste normale.

Le 10 février. — Poussée d'adénoïdite. On craint la diphthérie et on fait 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Les urines présentent de l'albumine jusqu'au 19 février. La température oscille entre 38°5 et 37°5, sans nouveaux signes.

Le 22 février. — La température monte à 40°. On constate des signes de bronchite bilatérale. On prescrit des bains et une potion (Todd d'acétate d'ammoniaque).

Le 23 février. — Pneumonie du poumon gauche. Les urines présentent toujours de l'albumine. La température est à la normale le 18 mars. On constate des signes d'adénopathie

Maladie

HOPITAL

JOURS DE LA MALADIE

R. SO. P. 100. T. 32°

75 170

70 160 41

65 150

60 140 40

55 130

50 120 39

45 110

40 100 38

35 90

30 80 37

25 70

20 60 36

15 50

10 40 35

H. Henri - Paris
(observation VI)

Eruption

Mars 1911.

DATES

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

Observations

trachéo-bronchique avec frottements aux deux bases. Traces d'albumine.

Du 3 au 15 mars. — Température normale. La base droite est toujours submate.

Le 10 mars. — Légère élévation thermique qui persiste : 37°8, 38°2, jusqu'au 14. Le malade se lève et joue avec les autres enfants.

Le 15 mars. — Elévation à 38°7. A la contre-visite, on constate une légère éruption scarlatiniforme. La gorge est rouge sale, un fin piqueté se dessine sur le voile du palais. Le petit malade est très abattu. Il a des envies de vomir.

Dans la nuit du 15 au 16, il est très agité.

Le 16 mars. — La température tombe un peu : 38°3 le matin, 38°8 le soir. Un laxatif a été prescrit. L'abattement est toujours très marqué, le jour. La nuit est très agitée. L'éruption rouge, très marquée, est constatée sur tout le corps, sauf sur la face.

On trouve une grande quantité d'albumine. La bronchite diffuse persiste avec le souffle d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le 17. — On prescrit des bains, la température étant à 39°7 le matin et à 40°2 le soir. On constate de la stomatite érythémateuse. La langue est vernissée.

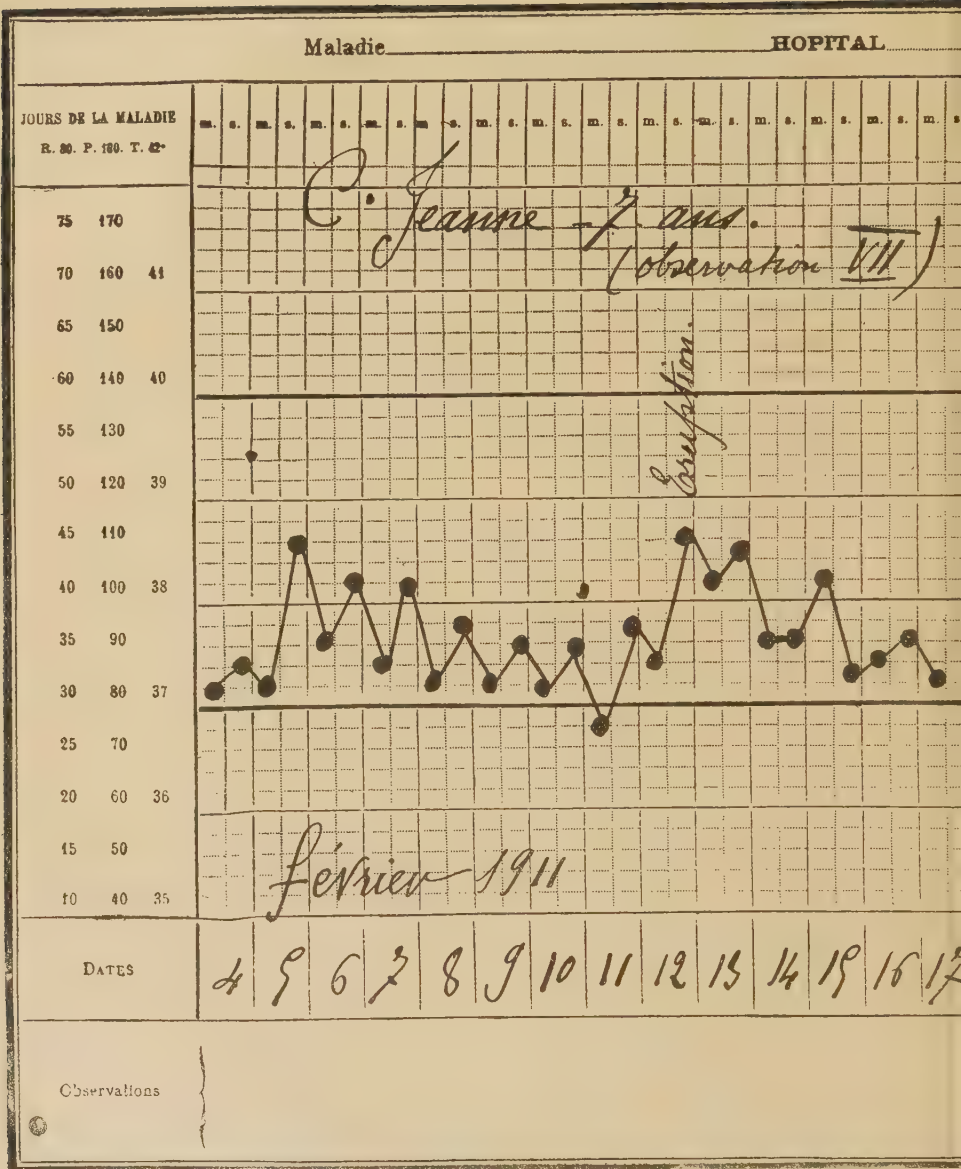
Le 18 mars. — Mêmes signes. Les râles sous-crépitaunts sont plus marqués, surtout à gauche au sommet.

Le 19 et le 20, la température reste à 40°. L'éruption diminue d'intensité. Une otite extrêmement douloureuse se déclare à gauche. L'écoulement purulent est très abondant.

Du 21 au 24, la température descend insensiblement; elle atteint, le 24 mars, 37°6 le soir. La desquamation commence sur tout le corps et même la face. De petites lamelles d'épiderme se détachent très facilement et sont très abondantes au bout de 48 heures.

La température est normale du 1^{er} au 10 avril. L'enfant est levé le 1^{er} avril. On constate encore de l'albumine le 5 avril.

Le 10 avril. — La température oscille un peu entre 37°, 37°9 et 38°. Le 13, elle atteint 38°. On constate une éruption discrète, morbilliforme, sans réactions ganglionnaires. Erup-



tion papuleuse qui dure une journée et disparaît après l'administration d'un laxatif. La température devient normale. L'enfant desquame légèrement le 16 avril et se plaint un peu de diverses articulations. Les mêmes signes pulmonaires d'adénopathie trachéo-bronchique sont perçus le 21 avril.

L'enfant quitte l'Hôpital le 21 mai.

OBSERVATION 7

C... JEANNE, 7 ans.

Arrive à Brevannes le 39^e jour d'une scarlatine soignée à l'Hôpital Bretonneau.

Renseignements obtenus à l'hôpital Bretonneau, dans le service du D^r Guinon et dus à l'obligeance de notre collègue et ami, Jacquemin.

Brusquement, le 26 octobre 1910, dysphagie, céphalée. Pas de vomissements; température à 38° le matin, 38°7 le soir; éruption écarlate dans la région des aines et du bas-ventre. Angine rouge. On prescrit 20 centimètres cubes de sérum de Roux et 0,75 d'acétate de calcium.

Le 27 octobre. — Température : 38° le matin, 38°5 le soir. Eruption généralisée scarlatineuse. Angine légère. Enanthème bucco-pharyngé. Pas d'enduits pseudo-membraneux. Pas d'albumine. La langue reste framboisée. La desquamation débute aussitôt. Phase d'apyrexie du 31 octobre au 5 décembre 1910.

A son entrée, le 5 décembre 1910, l'enfant ne desquamait pas. Elle a de la vulvite. La température est normale jusqu'au 5 février.

Le 5 février au soir. — Température : 38°5. La gorge est rouge.

Le 6 février. — Température à 37°5 le matin, 38°2 le soir.

La température ne redevient pas normale. Les jours suivants, elle oscille à 37°6 et 38°. On constate de l'herpès de la lèvre inférieure et quelques vésicules sur le voile du palais. Il n'y a pas d'albumine. Cependant, la pression montre, sur la face interne du tibia, un léger œdème.

La température est à 37°, le 11 février.

Le 12 février. — Température à 38°8, le soir.

Le 13 février (103^e jour de la maladie). — Température : 38°5. Un érythème très-marqué se manifeste sur l'abdomen et le thorax; il est rosé, mais uniforme. Pas de signes buccaux. Le 14 février. — La température tombe. L'érythème est plus marqué et dure cinq jours. Il y a encore quelque élévation thermique le soir.

L'enfant est levé le 19 février. On constate une légère desquamation furfuracée à la plante des pieds et dans la région du pli de l'aîne. Ce n'est pas une desquamation très nette.

L'enfant quitte l'hôpital le 28 mars.

OBSERVATION 8

P... RENÉ, 6 ans.

Vient d'Héroid, au 18^e jour de sa maladie. Entre le 21 octobre 1911.

A fait à Héroid une scarlatine bénigne. La température a été très élevée pendant 4 jours. L'éruption et la langue étaient réellement scarlatineuses.

A son entrée dans le service de Brévannes, l'enfant ne desquamait pas.

La température est normale pendant 6 jours. Brusquement, température : 38°2.

Le lendemain, 28 octobre, apparition d'une éruption scarlatiniforme, rosée, peu accentuée, uniforme, existant surtout sur le thorax et l'abdomen. Cette éruption disparaît au bout de 48 heures. La température revient à la normale après une purgation.

La gorge n'a pas été rouge; la langue n'a rien présenté d'anormal.

L'enfant peut s'amuser dans la cour deux jours après.

Il n'y eut pas de desquamation à la suite; cependant, glossite marginée.

L'enfant fit par la suite une grosse bronchite et les oreillons.

OBSERVATION 9

Cl... Marguerite, 8 ans.

Vient des Enfants-Malades au 75^e jour de sa scarlatine.

Renseignements obtenus à l'Hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. le professeur Marfaü (et dus à l'obligeance de notre ami Goret, interne aux Enfants-Malades).

Entre le 2 avril. Début par céphalée, fièvre et mal de gorge. Scarlatine typique le 2 avril. Température 38°9.

Les 3 et 4 avril. — Eruption généralisée. Amygdales recouvertes d'un enduit pultacé. Langue framboisée. Température 38°3. Apyrexie du 5 avril au 26 avril. Desquamation.

Le 8 avril. — Température 37°2. Desquamation très prononcée.

Du 4 au 23, apyrexie complète.

Du 23 au 26, légère élévation de température tous les soirs, 37°6 — 37°7.

Le 27 avril. — Gorge rouge. Température 38°.

Le 28. — Température 39°. Gorge très rouge; le soir, température 40°; langue desquamant à la pointe; légère éruption sur le ventre.

Le 29. — Mêmes signes.

Le 30 avril. — Eruption plus complète, franchement scarlatineuse. Température 39°5 et 40°.

Mêmes signes pendant deux jours.

Pas de desquamation.

Le 3 mai. — Abattement général, céphalée, état typhoïde. On constate des taches rosées. On fait un séro-diagnostic qui est négatif.

Le 4 mai. — Les taches sont très abondantes, siégeant sur les jambes et les pieds. Amaigrissement très prononcé. Submatité à la percussion du sommet gauche. Température 39°7.

Le 7 mai. — La température baisse à 37°3. Mêmes signes pulmonaires. Ventre ballonné.

Apyrexie du 24 mai au 15 juin.

Meilleur état général et local.

A son entrée, le 15 juin 1911, l'enfant ne desquamait pas.

Période apyrétique jusqu'au 25 juin. La température est un peu plus élevée le soir du 26 et du 27 juin.

Le 27 juin, on constate sur l'abdomen, le thorax et les lombes, une éruption scarlatiniforme peu marquée.

La température est à 37°5.

La gorge ne présente rien d'anormal. L'éruption est plus marquée le 28 juin. On prescrit une purge. L'éruption disparaît au bout de 24 heures.

Conclusions

1° On peut observer, pendant la convalescence de la scarlatine et à une époque éloignée de l'éruption primitive, des cas d'éruptions scarlatiniformes avec phénomènes prodromiques, fièvre, symptômes bucco-pharyngés, rappelant la première atteinte. Ces éruptions survenant tardivement du 50° au 70° jour en moyenne, peuvent être considérées comme des rechutes tardives ou des récides précoces.

2° Ces éruptions s'observent surtout chez les enfants, plus particulièrement certaines années où l'épidémie de scarlatine est bénigne, et presque toujours dans une agglomération de scarlatineux.

3° Les symptômes sont ceux de la première atteinte. Ils se succèdent dans le même ordre, le plus souvent cependant, atténués. L'état de la gorge et de la langue est constant.

La desquamation est ordinairement furfuracée.

4° Les nouvelles atteintes de scarlatine se distinguent surtout par le cycle évolutif de la langue et de

la gorge », des érythèmes infectieux tardifs et des exanthèmes scarlatiniformes simples qui, survenant pendant la convalescence, peuvent, grâce à leurs autres symptômes, faire penser à une nouvelle scarlatine.

5° Ces rechutes ou ces récidives se produisent chez des malades qui n'ont pas acquis l'immunité. L'influence d'une exaltation de virulence du premier germe semble probable. On peut, à ce sujet, invoquer la théorie du microbisme latent et des porteurs de virus scarlatin.

Le traitement préventif consistera surtout dans la désinfection minutieuse de la cavité bucco-pharyngée chez les scarlatineux pendant toute la durée de leur convalescence; se rappelant que « l'éruption n'est rien, l'état de la gorge et de la langue est tout » (Lesage).

Vu : Le Président,

LETULLE

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY

Vu : Permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONY. — *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* (tome III, 1884). Relation d'une épidémie à rechutes.
- APERT. — Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (1896).
- BACHMANN et DE BELL. — Quelques cas de desquamation tardive observés au cours d'une épidémie de scarlatine. *Echo méd. du Nord* (Lille 1904).
- BAGINSKY. — *Traité des maladies des Enfants* (1891).
- BECK. — Ueber Scharlachrezidive. *Thèse Leipzig* (1905).
- BARTHEZ et RILLIET. — *Traité Clinique et pratique des maladies des Enfants* (tome III, 1854).
- BARRS. — A case of scarlet fever with complet relapse. *The lancet* (tome III, 2 july 1883).
- BEARDS. — Family tendency to relapse in scarlet fever with notes on four cases. *Lancet*. (Lond. 1909).
- BÉCLÈRE. — Comptes rendus de la *Société méd. des Hôpitaux de Paris* (juin 1896).
- BERGÉ. — Pathogénie de la scarlatine. *Thèse Paris* (1905).
- BEZ. — *Thèse de Paris* (1877).
- BLACHE et GUERSANT. — *Dictionnaire art. scarlatine* (1844).
- BADDIE. — *Edinburgh medico-chirurg society*. (Séance du 3 juin 1891).
British medical Journal (20 juin 1891).
- BOGAERT (van). — Quelques remarques cliniques sur les épidémies de scarlatine. *Province médicale* (1909, tome XX).

- BOURDEL. — Erythème scarlatiniforme et érythème de la gorge.
Bulletin Société clinique de Paris (1888).
- BROADBENT. — Recurrent Scarlatina. *British Medical Journal*.
(Lond. 1876).
- CAIGEV. — On relapse in scarlet fever. *M. d. Times et Hosp. Gaz.* (Lond. 1894).
- CASTERET. — Scarlatine à rechute. *Annales de Médecine et Pharmacie militaires* (1899, Paris).
- CHARPENTIER. — Scarlatine à l'Hôpital Trousseau en 1896.
Étude statistique et clinique. *Thèse Paris* (1897).
- CHAUFFARD. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (décembre 1895).
- COHAVESCO. — Scarlatine pharyngée. *Thèse de Paris* (1894).
- COLTON. — *Annales Médicales*. (Philadelphie 1905).
- COMBY. — *Comptes rendus de la Société Médicale des Hôpitaux* (juin-juillet 1896 et 10 janvier 1896). *Bulletin de la même société*.
- COURTOIS. — Scarlatine et streptocoque. *Thèse de Paris* (1899).
- COSGRAVE. — Two cases of relapse in scarlatina. *The roy. Acad. M. Ireland* (Dublin 1897).
- CROCKER. — Recurrent desquamative scarlatiniforme erythema.
The dermat. soc. Gr. Brit (Lond. 1896-1899).
- DETOT. — Etude sur les érythèmes infectieux. *Thèse de Paris* (1904).
- DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie Interne*. (Thome IV)
- DOLEGA. — *Deutsche archiv. fur Klin. Médic.* (1889).
- DUMAS. — Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1908.
Étude statistique et clinique. (*Thèse de Paris* 1908).
- DUMONT. — La scarlatine et ses anomalies. *Annales de la Société méd. chir. du Brabant* (1893).
- D'ESPINE et PICOT. — *Manuel des maladies de l'Enfance* (1889).
- DRAKE. — Recurrent scarlatina (*M. d. rec. New-York*. (1896).
- EMMERSON. Relapses in scarlet fever. *Lancet. Lond.* (1903).
- EISENMANN. — *Schmidt's Jarh.* (1842)

- ESCHERISCH. — *Wiener Klinische Wochenschrift* (4 juin 1903).
- ENRIQUEZ. — *Traité de médecine*. (Enriquez, Laffite, Bergé et Lamy. Paris 1909).
- FAVIER. — Scarlatine récidivée (*Gazette Hebdomadaire médicale*. Paris 1889).
- FÉREOL. Pseudo exanthème récidivant. (*Union médicale* 1876).
- FIESSINGER. — Erythèmes scarlatinoides. (*Semaine médicale*, le 8 juillet 1894).
- FRANK (I). — *Traité de Pathologie interne* (1838-1849).
- FOORD-GAIGER. — An analysis of 1808 Cases of scarlet fever admitted into the south wesrem fever Hopital (During the year 1890. (*The lancet* 6-13 juin 1891).
- FORGUES. — Epidémie de scarlatine à Leguevin (Haute-Garonne). (*Thèse de Toulouse* 1894).
- FYSE et HUNTER. — Relapse in scarlatina. (*Montréal m. I.* 1907).
- GAILLIARD. — Erythème scarlatiniforme et diagnostic de la scarlatine. (*Médecine Moderne*, Paris 1894)
Société médicale des Hôpitaux (octobre 1894).
- CALLOIS. — Comment concevoir la scarlatine ? (*Bulletin médical* (20 février 1909).
- GAUPP. — Bericht. ueber eine Scharlachepidemie in Jahre 1854 in Schorndorf. (*Wurth corresp.* 1856 XXVI)
- GERHARDT. — *Deutsche arch. fur. Klin. medic.* (XI, 1874).
- GESCHWIND. — *Archives de Médecine et Pharmacie militaires* (tome I. 1884).
- GIBBOUX. — Scarlatine à Paris dans les trente-sept dernières années. (*Thèse de Paris* 1901-1902).
- GIRARD. — Syndromes infectieux et tardifs. Erythèmes infectieux secondaires. (*Thèse de Paris*, n° 276, 1900).
- H. GOUGET. — La scarlatine (Enfants) à l'hôpital Claude-Bernard en 1908. *Revue de médecine* (1910 janvier, février, avril).
- GUINON. — *Traité de médecine Charcot et Bouchard* (tome II, 1896).
- GUINON et PATER. — Statistique des cas de scarlatine observés au Pavillon de l'Hôpital Trousseau. *J. Clinique méd. et ch.* (1906).

- GYURMANN. — Scarlatine récidiva. *Gyógyaszat Budapest* (1887).
- GRIFFITH. — *Quart. M. J. Scheffela* (1895-1896).
- HAMBURGER et MORO. — *Wiener Klinische Wochenschrift* (juin 1903).
- HAMILTON. — *Edimburg medical and surgical Journal* (janvier 1833). Résumé de la communication. In. *Gazette médicale de Paris* (1833).
- HASE. — *Jahrbuch für Kinderh.* (Leipzig 1894).
- HECHT. — *Revue Médicale de l'Est.* (Nancy 1894).
- HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants (1885). *Charité annalen* (1882).
- HENRY. — Contribution à l'étude des rechutes de la scarlatine. *Thèse de Paris* (1904-1905, n° 43).
- HUTINEL. — Notes sur quelques érythèmes infectieux. *Archives générales de Médecine* (septembre et octobre 1892. In *Jean-selme archives de médecine.* (1892. tome I.) *Traité des maladies des enfants* (tome I 1910-1911 et II).
- HUTTENBRENNEV. — *Jahrbuch f. Kinderh.* (tome X 1876).
- JACCOUD. — *Dictionnaire médical et chirurgical* (1882).
- JACOB. — Second attacks of scarlet fever. *Brit. M. J.* (Lond. 1885).
- JOHNSON. — Relapse in scarlet fever. *Britisch M. J.* (Lond. 1893).
- KELSCH. — *Traité des maladies épidémiques* (1904-1905).
- KING. — Cases of scarlet fever relapse. *British M. J.* (Lond. 1905).
- KÖRNEV. — Ueber scarlach. Recidive. *Jahrb. für Kinderheilk* 1876).
- KRAMSZTY-K. — Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. *Jahrbuch-für Kinderheilk.* (Berlin 1902).
- LEGENDRE. — *Société médicale des Hôpitaux* (juin 1896).
- LEGRAIN. — Erythèmes infectieux de la rougeole. (Paris 1905).
- LEMOINE. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* (décembre 1895 et juillet 1896).
- LAUGIER. — Note sur la rechute de la scarlatine. *Gazette des Hôpitaux* (1871)
- LEASK. — Recrudescence in scarlet fever. *Brit. M. J. Lond.* (1894).

- LESAGE. — Contagion et semeiologie de la scarlatine. *Gazette des Hôpitaux* (16 octobre 1909).
- LESIEUR et BAUR. — Sur la contagiosité de la scarlatine. *Annales d'Hygiène* (Paris 1909).
- MALTRAIT. — Etude statistique et clinique de la scarlatine aux Enfants-Malades en 1905. (*Thèse Paris* 1900-1901).
- MARFAN et APERT. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, mai 1896).
- MARTIN MENENDFZ. — *Rev. de Méd. y chir. pract.* (Madrid 1906).
- MAZEROUX. — Etude clinique de l'épidémie de scarlatine à l'hôpital Hérold, pendant l'année 1894. (*Thèse Paris* 1895).
- MILNE. — *The lancet*. 22 avril 1911.
- MOIZARD. — *In traité des Maladies de l'Enfance*. (Grancher, Comby et Marfan, 1897).
- MOREL LAVALLEE. — *Revue de Médecine*, juin 1895.
- MOUREYRE. — *Thèse de Paris*, 1899.
- MOUTEUX et LOPP. — Scarlatine à poussées successives. Congrès de médecine, août 1898. (*Gazette des Hôpitaux* 1898).
- NEWSHOLME (a). — *Med. ch. tr. Lond.* 1904.
- NAVARRÉ. — Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant l'année 1899. (*Thèse de Paris*, 1899-1900).
- PERDRIAT. — Erythèmes infectieux prolongés. Erythèmes scarlatiniformes. (*Thèse de Paris*, 1895-1896).
- POCHON. — Scarlatine à rechute. *Revue pratique obstétrique et pédiatrie*. (Paris 1907).
- POPISCHILL. — Rezidiv. ou Pseudorecidiv. (*Jahrb fur Kinderheilk.*) Leipzig 1897)
- RAYER. — *Traité théorique et pratique des maladies de la Peau*. (1835).
- REIMEN. — Scarlatina. Recidiv. des Exanthèmes. (*Jahrb. fur Kinderh.* (Leipzig 1876).
- RENDU. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*. (juin 1896).
- RICHARDIÈRE et KAUFFMANN. — *Clinique Infantile* (15 novembre 1903).
- RICHARDSON. — *Clinical History of scarlet fever*. (London 1887).

- RICHMOND. — *British M. J.* (London 1904).
- ROGER. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux* (juin 1896). *Revue de médecine* (août 1897). *Maladies infectieuses* (1902). *Revue de médecine* (avril, mai 1899). *Revue de médecine* (avril, mai 1900). *Revue de médecine* (mai, juin, juillet 1901).
- SALLARD. — *Manuel de médecine Debove et Achard* (1897).
- SANNÉ. — Article scarlatine du *Dictionnaire Dechambre*.
- SCHWARTZ. — Scarl. recidiva. (*Wien. med. Presse* 1871).
- SENATOR. — *Berliner Klinische Wochenschrift* (1889, n° 24).
- SEVESTRE. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* (janvier 1896).
Statistique de la scarlatine à l'Hôpital Bretonneau en 1905.
Société médicale des Hôpitaux (1906).
- SEITZ. — Etude sur la scarlatine. *Munchner med. Wochenschrift* (1898, n° 3).
- SLOAN. — *Lancet, London* (1903).
- STACKLER. — A propos de l'épidémie actuelle de scarlatine. *Médecine Infantile* (Paris 1906-1907).
- STICKLER. — Scarlatine expérimentale. *Médical Rev.* (1899, n° 1505).
- STEINMUG. — *Ehrfahrungen und betrachtungen uber das scarlaschfieber* (Karlsruhe 1828).
- SPOTT. — Scarl. recidiva casap. lek cesk. (*V. Praze*, 1873).
- TAYLOR. — *Scot. M. et S. J.* (Edimbourg 1900).
- THOMAS. — *Arch. fur heilkunde* (1869 et 1870).
- THOMAS-HILLIER. — *Journal fur Kinder Krankheiten* (Leipzig 1868-1869).
- TROJANOWSKI. — *Dorp. med. Zeitschrift* (1871 1 p. 391)
- WERTHEIMER. — *Munchner med. Wochenschrift* (18 juillet 1891).
- WURTZ. — *Traité de Médecine* de Gilbert et Thoinat (1907).
- WYNNE. — *Lancet, London* (1903).
- WIDAL. — *Bulletin de la société médicale des Hôpitaux* (mars 1896).
- JASNIG. — *Prakt-Wrath* (St-Pétersbourg 1904).

Tout autre est le cas du malade de l'observation 7. La température fut deux jours au-dessus de la normale. L'érythème dura cinq jours et fut suivi d'une légère desquamation. A aucun moment on ne constata d'énanthème.

Quelques jours avant l'éruption, le petit malade avait présenté de l'herpès labial avec quelques vésicules sur le voile du palais. Aucun symptôme thoracique ni abdominal n'a pu être constaté.

Ce cas rentrerait dans le cadre des érythèmes infectieux tardifs.

Enfin, par opposition à ces phénomènes infectieux de nature scarlatineuse ou d'origine streptococcique, nous avons pu réunir deux cas (observations 8 et 9) où l'éruption constitua le seul symptôme. Elle fut généralisée dura 24 ou 48 heures, disparut après l'administration d'un laxatif et ne fut pas suivie de desquamation. Ce sont des exanthèmes scarlatiniformes simples dont les causes sont quelquefois très obscures. Une intoxication médicamenteuse ou alimentaire n'a pu être incriminée dans ces deux cas.

Pathogénie et Prophylaxie

Un grand nombre d'observateurs ont essayé d'expliquer le mécanisme des rechutes ou des récidives. Des opinions contradictoires ont été formulées. Pour certains, la rechute est une nouvelle infection exogène.

Pour d'autres, c'est une nouvelle manifestation de la première et unique infection.

Senator, dans un travail sur les rechutes et les récidives, incline vers la seconde opinion ; « la rechute est le résultat d'un microbisme latent » et on peut, d'après lui, établir une analogie entre la fièvre typhoïde à rechutes et la scarlatine à rechutes. Hénoc'h se prononce dans le même sens.

Ces auteurs ont été des précurseurs de la théorie des porteurs de bacilles, et on peut, comme nous le disions déjà au début de ce travail, admettre des porteurs de virus scarlatineux. La scarlatine, ne guérissant pas, reste dans la bouche, dans le naso-pharynx et c'est la persistance de ce foyer qui est la cause des

rechutes ou des contagions tardives. Pour Lesage, ce sont les formes chroniques de la scarlatine.

Pour expliquer les récidives, l'hypothèse du microbisme latent nous semble encore applicable, surtout comme dans nos cas où les récidives furent précoces.

La scarlatine est en effet une maladie uniquement de la gorge, le mucus bucco-pharyngé ou nasal est le plus souvent seul agent de contagion et d'auto-infection. Il faut apprendre à voir si la scarlatine « buccogutturale » est finie. Donc, le meilleur moyen d'empêcher l'apparition de nouvelles éruptions consistera : 1° dans l'usage de l'antisepsie buccale. Le professeur Hutinel a depuis longtemps insisté sur cette nécessité et Milne tout récemment (*The Lancet*, 22 avril 1911), a signalé une méthode de traitement et de prophylaxie dont il a retiré les plus grands avantages. Il badigeonne plusieurs fois par jour, avec de l'huile phéniquée au dixième, les amygdales et le pharynx, en allant aussi haut et aussi bas que possible.

Milne fait en même temps une friction sur tout le corps avec de l'huile d'eucalyptus.

Avec ce traitement, il ne surviendrait pas d'infections secondaires ni de complications, et d'autres enfants pourraient occuper la même chambre et même partager le même lit sans risques de contagion.

Les faits si troublants par leur multiplicité dont le médecin anglais se porte garant, viennent à l'appui de la théorie du microbisme latent et de la nécessité du traitement prophylactique.

2° On agira prudemment en isolant tout enfant qui a la gorge et la langue scarlatineuses.

3° Pour les enfants qui ont eu autrefois la scarlatine, il faut leur conseiller de restreindre leur rapports avec des scarlatineux ou même des angineux, car on peut affirmer qu'ils peuvent réaliser « les conditions de réceptivité nécessaires à l'apparition d'une nouvelle atteinte ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

H..., LOUISE, 5 ans.

Entre à l'Hospice de Brévannes au 40^e jour d'une scarlatine.

Antécédents. — *Renseignements* recueillis à l'hôpital Hérold, dans le service du D^r Lesage (dus à l'obligeance de notre camarade Dubois, son interne) :

L'enfant H... Louise vient du pavillon Bergeron où elle était soignée pour rougeole. Elle y contracte une scarlatine le 28 juin 1911. La température est à 39°8 le matin, à 40°5 le soir. On constate une angine blanche très marquée, avec éruption rosée dans la région sous-ombilicale. On prescrit 20 c.c. de sérum antidiphthérique.

Le 29 juin 1911. — Scarlatine nette. L'éruption se dessine et se généralise. La langue est framboisée. Etat saburral. Température : 39°8 le matin, 40°4 le soir.

Le 30 juin. — Température du matin : 38°5; du soir : 40°7.

Le 1^{er} et le 2. — La température se maintient aussi élevée.

Pendant ces trois derniers jours, la langue a été notée nettement framboisée. L'éruption scarlatineuse est à son maximum.

La température descend les 3, 4, 5, 6 juillet, oscillant entre 39°5 et 38°5.

Le 5 juillet. — On constate de la diarrhée et quelques frottements pleuraux à la base droite. Il y a quelques traces d'albumine dans les urines.

Le 8 juillet. — La température est normale.

Le 10 juillet. — Il n'y a plus d'albumine.

Le 12 juillet, la température monte brusquement à 40°, puis, après quelques oscillations, retombe. Pas d'albumine.

L'enfant sort le 5 août 1911, après une période d'apyrexie de 26 jours.

Histoire actuelle.

A son entrée dans le service (40^e jour de la maladie) : l'enfant desquamait peu à la plante des pieds et à la paume des mains. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées, mais déchiquetées. On constate une légère albuminurie.

Pas de température anormale pendant son séjour, du 5 août au 20 septembre, date à laquelle on décida son départ.

Le 20 septembre. — Bon état général. Une desquamation furfuracée de la plante des pieds, surtout du pied droit, subsiste encore. On prescrivit quelques bains et l'enfant doit être comprise dans le plus prochain convoi.

Le 24 septembre. — Température 36°8.

Le 25 septembre. — La température s'élève légèrement. On constate une angine rouge avec énanthème buccal très marqué. Le voile du palais est très congestionné.

La température du matin est de 37°6, le soir 38°2. On constate une très légère albuminurie.

Le 26 septembre. — Température du matin : 39°2; température du soir : 40°4. L'énanthème bucco-pharyngé est très prononcé. Un enduit pultacé abondant se dessine sur les amygdales. La langue est rouge. L'éruption est très marquée, nettement scarlatineuse et se généralise. L'enfant a vomi deux fois et est assez abattue. Le pouls est à 130.

Le 27 et le 28 septembre. — Mêmes signes. Température du matin : 39°3; du soir : 40°5.

L'état général n'étant pas meilleur, on prescrit des bains à 32 degrés toutes les quatre heures.

Le 29 septembre. — La température baisse à 39°. L'érythème est toujours très marqué. L'exsudat amygdalien persiste. La langue est framboisée. L'état général est meilleur.

Le 30 septembre. — La température baisse. La gorge contient moins d'exsudats. La desquamation commence déjà furfuracée et ayant son point d'élection aux plis de flexion. L'érythème est toujours très net sur les autres parties du corps, sauf sur la face.

Le 1^{er} octobre. — Les urines sont sales et peu abondantes, contenant des traces d'albumine. La gorge est toujours rouge, la langue framboisée. La desquamation s'accroît. La température baisse et demeure à 38°.

Le 3 octobre. — Mêmes signes bucco-pharyngés avec coulées pharyngiennes. Langue toujours vernissée. La desquamation se généralise; elle se fait surtout au cou, à la nuque, au thorax et dans la région pubienne. Elle est légèrement ombiliquée, cratériforme, se détachant par petits fragments de forme ronde.

Du 4 au 6 octobre. — La température reste à 38°; la desquamation continue, toujours intense; la langue et la gorge sont normales.

Le 5 octobre. — Les urines sont plus abondantes.

Le 6 octobre. — Nouvelle poussée thermique le soir à 39°2. On constate un nouvel exsudat pultacé sur les amygdales. Légère albuminurie.

Le 7 octobre. — La quantité des urines est plus grande. La température tombe à la normale.

Le 8 octobre. — On commence l'alimentation sans sel. Il n'y a plus d'albumine.

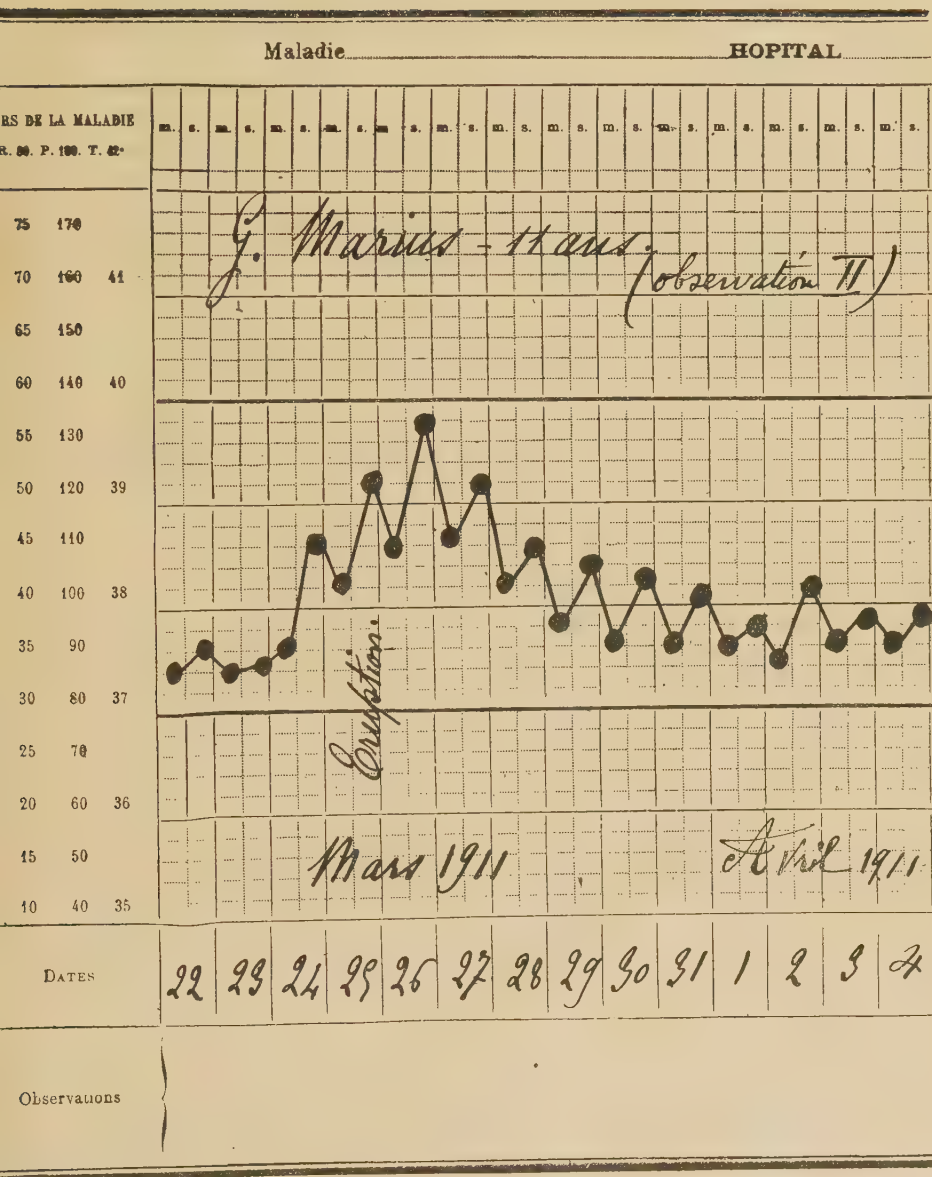
Le 11 octobre. — L'enfant est levée.

OBSERVATION 2

G... MARIUS, 11 ans.

Entré au pavillon F.-Brun, le 4 mars 1911, au 31^e jour d'une scarlatine soignée aux Enfants-Malades.

Renseignements obtenus à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur Marfan.



Cet enfant venait de la Champagne et, après 15 jours de séjour à Paris, avait contracté la scarlatine. Entré le 18 février 1911.

Son éruption fut très légère. Début par angine rouge et énanthème avec très légère élévation thermique, 38°2, pendant deux jours. Desquamation furfuracée. Phase d'apyrexie du 21 février au 4 mars.

A son entrée l'enfant ne desquamait pas. Les amygdales sont très hypertrophiées et rouges.

Du 4 au 23 mars. — Période apyrétique.

Le 24 mars (50^e jour de sa maladie). — Au soir, élévation brusque à 38°7; état d'abattement léger; céphalée, un vomissement; la gorge est très rouge. On prescrit un laxatif pour le lendemain.

Le 25 mars. — Même état gastro-intestinal. Température du matin, 38°4; du soir, 39°2. Un érythème scarlatiniforme se manifeste sur l'abdomen et le thorax. La gorge et le voile du palais sont très rouges; la langue est framboisée.

Le 26 mars. — L'enfant est rouge écarlate. L'érythème s'est généralisé. On a affaire à une scarlatine typique.

Les 27, 28 et 29 mars. — La température demeure à 38°5, le soir. L'éruption diminue d'intensité. Il y a une légère albuminurie. Des laxatifs sont prescrits tous les deux jours.

Le 1^{er} avril. — Six jours après le début. La température est à 37°8; la desquamation commence et est, de suite, très abondante.

Le 5 avril. — Très légère albuminurie. L'enfant peut être levé et alimenté.

Le 8 avril. — Un nouveau séjour de quarante jours est prescrit. La température demeure normale jusqu'au 6 mai.

Le 6 mai. — Nouvelle poussée à 39°2. Les amygdales sont très rouges, sans exsudats. Cette température se maintient deux jours. L'enfant est repris par sa famille, le 14 mai 1911.

OBSERVATION 3

D... PIERRE, 5 ans.

Entré le 6 juillet, venant d'Hérolde, au 18^e jour de sa scarlatine.

Renseignements obtenus à l'Hôpital Hérold, dans le service du Dr Lesage.

Entré le 18 juin 1911 à Hérold avec une scarlatine typique; angine très forte qui nécessite 20 centimètres cubes de sérum de Roux. L'éruption est écarlate. La langue est framboisée. La température est à 39°7.

Le 19 juin. — Température du matin : 39°; du soir : 38°7.

Le 20 juin. — Température : 38°. Pas d'albumine. L'éruption diminue. La langue est toujours framboisée.

Le 23 juin. — L'éruption scarlatineuse a disparu.

Le 25 juin. — Eruption sérique. Pas d'albumine. L'éruption disparaît en 48 heures.

Le 28 juin. — Nouvelle poussée de température.

Phase d'apyrexie du 28 juin à sa sortie, le 6 juillet 1911.

A son entrée au pavillon Brun, à Brévannes, l'enfant desquamait légèrement à la plante des pieds et aux plis de l'aîne.

Phase d'apyrexie, du 6 juillet à la fin du mois. L'enfant examiné pour un convoi, le 12 août, desquamait beaucoup.

On ordonne de le garder 15 jours.

Le 27 août. — L'enfant fait une angine pultacée. On fait 20 cent. cubes de sérum de Roux; la température monte à 39°8 pendant trois jours. Gros ganglion cervical à gauche. L'enfant conserve des traces d'albumine.

Le 21 septembre 1911. — On désigne de nouveau l'enfant pour un départ, quand, le 22 septembre, se déclare une angine pultacée avec énauthème bucco-pharyngé et érythème scarlatineux très marqué. L'enfant est au 93^e jour de sa maladie. Il desquame encore à la plante des pieds. L'examen montre un enfant abattu qui se plaint de la tête, mais qui n'a pas vomi. La température est à 38°8; elle tombe, le 23 septembre. L'énauthème persiste, la langue est framboisée, l'érythème très marqué.

Le 24 septembre. — L'érythème a disparu; il persiste de la stomatite.

Le 27 septembre. — L'enfant desquame légèrement dans la région du ventre et des aines. La température est normale.

La desquamation s'accroît le 30 septembre. On la constate aux pieds, au cou, à la nuque et aux fesses.

Le 3 octobre. — La stomatite existe encore légèrement; un fin piqueté congestif est remarqué sur le voile du palais. On constate de l'herpès labial. Pas de température.

La desquamation continue et se généralise.

L'enfant est levé le 6 octobre 1911.

Revu le 20 octobre 1911 : la desquamation existe encore, mais elle est très légère.

OBSERVATION 4

J... THÉRÈSE, 8 ans.

Entrée au 40^e jour d'une scarlatine soignée à l'hôpital des Enfants-Malades.

Renseignements recueillis à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur Marfan.

L'enfant venait d'un service de chirurgie de l'hôpital.

Le 23 mai. — Céphalée. Angine avec prodromes : épistaxis fréquentes depuis quelques jours. Température : 38°5. Angine rouge avec dysphagie. L'enfant a une éruption scarlatineuse typique. On prescrit 40 centimètres cubes de sérum de Roux. Pendant trois jours, la température oscille entre 38°5 et 37°8. Phase d'apyrexie du 26 mai au 15 juin. L'enfant desquamait. Bains fréquents.

A son entrée dans le service, le 15 juin 1911. — L'enfant ne desquamait plus. On constate de la vuloite.

La température est normale du 15 au 23 juin, oscillant entre 37° et 37°2.

Les 22 et 23 juin, la température est un peu plus élevée, elle est à 37°4, 37°5, le soir.

Le 24 juin. — Température du matin : 37°3. Température du soir : 40°2. L'enfant a vomi. La gorge est rouge. Un érythème très marqué débute dans la région du ventre. C'est le 48^e jour de sa maladie.

Le 25 juin. — La température descend : 38°3 le matin, 38°2 le soir. Enanthème bucco-pharyngé très net; langue rouge, framboisée. L'érythème scarlatiniforme occupe le thorax et le dos.

Le 26 juin. — Température du matin : 39°4; le soir : 37°9.

Maladie.

HOPITAL

COURS DE LA MALADIE

R. 80. P. 180. T. 42.

m.	s.	m.	s.	n.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.	n.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

75 170

70 460 41

65 150

60 140 40

55 130

50 120 39

45 110

40 100 38

35 90

30 80 37

25 70

20 60 36

45 50

10 40 35

DATES

21 22 23 24 25 26 27 28 29

Observations

On constate des traces d'albumine. Mêmes signes pharyngés.

La température se maintient, le 27, à 37°5.

Le 28, elle redevient normale.

L'enfant se lève le 30 juin, l'albumine n'ayant pas persisté.

L'enfant commence à desquamier les premiers jours de juillet.

Le 23 juillet. — L'enfant fait une broncho-pneumonie assez sérieuse, il desquamait encore. Il quitte le service le 29 août 1911.

OBSERVATION 5

B... MARCEL, 8 ans.

Entré, le 2 juin 1911, au 28^e jour d'une scarlatine soignée à l'Hôpital Claude-Bernard.

Renseignements obtenus à Claude-Bernard, dans le service de M. le professeur Teissier.

Entré le 6 mai, a eu une scarlatine bénigne. Température : 38°6. Le 7, la température est à 38°. Eruption scarlatineuse très nette, angine, et langue rouge et dépouillée. Pas d'albumine. Le 8, température matin : 37°6; le soir, 37°8. Le 9, 37°5 le soir. Desquamation. Apyrexie du 9 mai au 2 juin.

A son arrivée à Brévannes. — L'enfant ne desquamait plus. On constate des amygdales hypertrophiées et déchiquetées.

Du 2 au 21 juin, période complètement apyrétique.

Le 22 juin. — La température du matin est à 38°9. L'enfant a vomi et se plaint de la gorge. Il est au 47^e jour de sa maladie. A l'examen, on constate une angine rouge, et un érythème scarlatiniforme, très discret, se dessine dans la région sous-ombilicale. Le signe du pli du coude est net. Le soir, température à 40°4.

Le 23 juin. — La température baisse le matin et remonte le soir à 40°5. L'érythème est très marqué. L'enfant a une peau couleur rouge écrevisse. L'énanthème s'accroît. Quelques exsudats pultacés apparaissent dans la gorge; la langue est framboisée. Le diagnostic de scarlatine s'impose.

Le 24. — Mêmes signes. La température est à 38°2 le matin, à 39°2 le soir. On constate une légère albuminurie.

